

¹ Aalderen WMC, Gerritsen J, Polman HA, et al. Roodvonk, een niet altijd onschuldige kinderziekte. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1649-51.

Amsterdam, september 1984

G.A. LINDEBOOM

Met interesse hebben wij de bijdrage van collega Lindeboom naar aanleiding van ons artikel gelezen. Poststreptokokkenglomerulonephritis zien wij nog in een lage frequentie, ongeveer 1 à 2 maal per jaar. Zelden is hieraan een scarlatiniform exantheem voorafgegaan. De exacte cijfers van voorkomen van een poststreptokokkenglomerulonephritis in Nederland zijn ons onbekend. Wel is er een duidelijke vermindering ten opzichte van, bijvoorbeeld, vijftien jaar geleden. Enerzijds zal dit te maken hebben met het vroegtijdig antibiotisch behandelen van keelinfecties, anderzijds is het zeer wel mogelijk dat er sprake is van een veranderde pathogeniteit van de streptokok, waardoor minder complicaties van streptokokkeninfecties gezien worden.

Groningen, september 1984

W.M.C. VAN AALDEREN
J. GERRITSEN
H. A. POLMAN
K. KNOL

De behandeling van een patiënt met ergotisme

De behandeling van een patiënt met arteriële vaatspasmen, veroorzaakt door een overdosering ergotamine, is en blijft moeilijk, zoals onlangs nog door Kerker et al. werd beschreven.¹ Het is opvallend dat nog steeds, ingegeven door de angst van het dreigende gangreen, een ware polypragmasie wordt verricht die achteraf toch zonder effect blijkt. Vermoedelijk is het staken van de ergotamine-inname het belangrijkste geweest, zoals de auteurs zelf al aangeven. Na behandeling met procaine, xantinolnicotinaat, papaverine, heparine, nifedipine, tolazoline, streptokinase en nitroprussidenatrium verbeterde de vaatspasme niet. Na het staken van de ergotamine en 16 uur na het begin van de toediening van nitroprussidenatrium keerden de pulsaties terug, eerder een post- dan een propter-effect.

Uit recent onderzoek van Kalkman naar de aard van de pressorische effecten van ergotamine in de perifere arteriën van de rat in vivo is gebleken dat het pressor-effect van ergotamine tweedelig is: het is een gemengd $\alpha_2/5\text{-HT}_2$ -agonistisch effect, waarbij een combinatie van een α_2 -adrenoceptorblokkerende stof en een 5-HT₂-antagonist in staat was de vaatvernauwende respons te onderdrukken.² Behalve maatregelen als plaatjesaggregatieremming met heparine en verbetering van de reologische eigenschappen van het bloed door infusie van laag-moleculaire dextranen en, bij dreigend gangreen, de hyperbare zuurstofbehandeling, lijkt een rationele farmacotherapie dan ook de intra-arteriële toediening van een 5-HT₂-antagonist, zoals ketanserine, gecombineerd met een α_2 -antagonist. Omdat in Nederland geen selectieve α_2 -adrenerge antagonist voor de humane farmacotherapie beschikbaar is, kan dit pharmacon goed worden vervangen door een zg. calcium-entry-blocker als nifedipine. Zoals bekend, is het proces van vaatvernauwing, veroorzaakt door activatie van post-synaptische α_2 -adrenerge receptoren, sterk afhankelijk van extra-celulair calcium en deze vasoconstrictie is dan ook goed te remmen met een calcium-entry-blocker als nifedipine.³ Het feit dat nifedipine bij de genoemde patiënte niet effectief was, pleit

hier niet tegen, aangezien antagonisme van slechts één van de twee receptortypes niet noodzakelijkerwijs leidt tot een uitgesproken antagonisme van de vaatvernauwende respons op de gemengde agonist ergotamine. Als zeer potente directe, voornamelijk arteriële, vaatverwijder kan nog een convertend-enzyme-remmer als captopril of enalapril worden toegediend. Ergotamine blijkt namelijk in staat te zijn een ernstig spasme te veroorzaken van de nierarteriën, waardoor het renine-angiotensine-aldosteron-systeem geactiveerd wordt.⁴ Een deel van het perifere „ergotamine“-arterie-spasme kan dus verklaard worden door een geactiveerd renine-angiotensine-aldosteron-systeem en deze spastische vaatvernauwing is gevoelig voor convertend-enzyme-inhibitie door bijvoorbeeld captopril of enalapril. Dit blijkt ook uit de praktijk.⁵ Het effect van de behandeling kan het best worden gemeten met een Doppler-methode.

LITERATUUR

- 1 Kerker JP, Westerhof PW, Heijst APN van. De behandeling van een patiënt met ergotisme. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1901-4.
- 2 Kalkman HO. Vascular serotonin receptors. Amsterdam: Rodopi, 1983: 91-2.
- 3 Meel JCA van, Jonge A de, Kalkman HO, Timmermans PBMWM, Zwieten PA van. Vascular smooth muscle contraction initiated by postsynaptic α_2 -adrenoceptor activation is induced by an influx of extracellular calcium. Eur J Pharmacol 1981; 69: 205-8.
- 4 Fedotin MS, Hartman C. Ergotamine poisoning producing renal arterial spasm. N Engl J Med 1970; 283: 518-9.
- 5 Zimram A, Ofek B, Hershko C. Treatment with captopril for peripheral ischemia induced by ergotamine. Br Med J 1984; i: 364.

Amsterdam, oktober 1984

J.T.A. KNAPE
P.A. VAN ZWIETEN

Wij danken collegae Knape en Van Zwieten voor hun waardevolle opmerkingen naar aanleiding van de therapie van patiënten met ergotamine-intoxicatie. Op theoretische gronden zijn er dus nog alternatieven bij de behandeling van deze intoxicaties. In de praktijk zal moeten blijken welke bijdrage deze nieuwe wegen zullen opleveren. Het blijft daarom van groot belang om een bundeling van de weinige patiënten in Nederland te realiseren om zo in de toekomst meer inzicht te krijgen in de meest effectieve therapie.

Utrecht, oktober 1984

J.P. KERKER
P.W. WESTERHOF
A.N.P. VAN HEIJST

De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen

In het artikel van Hoogendoorn wordt het aantal sterfgevallen aan kanker berekend dat wordt voorkomen door de huidige frequentie van hysterectomie, niet verricht wegens bestaand carcinoom van de uterus!¹ Behalve het verhelpen van de klacht (de indicatie tot hysterectomie) is één van de belangrijkste bijkomende voordelen van hysterectomie de preventie van kankersterfte. Als belangrijk nadelig gevolg, naast de ook door Hoogendoorn genoemde operatiesterfte, zal men ook rekening moeten houden met eventuele extra sterfte ten gevolge van cardiovasculaire complicaties.

Het merendeel van de in ons land uitgevoerde hysterectomieën vindt plaats vóór de menopauze. Verschillende

onderzoekers vonden een verband tussen het op die leeftijd uitvoeren van hysterectomie met in situ laten van één of beide ovaria en het optreden van cardiovasculaire complicaties nadien. De oversterfte aan cardiovasculaire complicaties is op 0,4% in de eerste 10 jaar na de operatie te schatten.²

LITERATUUR

¹ Hoogendoorn D. De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1937-40.

² Krenning RA, Drogendijk AC. Hysterectomie voor de menopauze en cardiovasculaire aandoeningen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1464-6.

Utrecht, oktober 1984

R.A. KRENNING

De mededeling van collega Krenning betreffende een verhoogde kans op cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen wier uterus premenopauzaal is verwijderd, vindt wellicht enige steun in de waarneming, dat in ons land de daling van de sterfte aan hartinfarct bij vrouwen van 45-54-jarige leeftijd minder steil verloopt dan bij de overige leeftijdsgroepen. Een overeenkomstig beeld ziet men in de statistiek van de klinische morbiditeit wegens dezelfde aandoening. Sommigen leggen verband tussen pilgebruik, roken en menopauze enerzijds en de kans op myocardinfarct anderzijds.¹

Een misschien door hysterectomie veroorzaakte oversterfte aan cardiovasculaire aandoeningen van 0,4% is uiteraard belangrijk. Wel kan worden gezegd, dat de kans voor niet-geopereerde vrouwen om te overlijden aan kanker van de uterus duidelijk groter is, nl. meer dan 1%.² Overigens was en is het niet mijn bedoeling propaganda te maken voor een ruimere dan wel een beperktere indicatiestelling voor hysterectomie. De laatste zin van mijn artikel laat in dit opzicht aan duidelijkheid niets te wensen over.

Ook hier blijkt de wenselijkheid van een anoniem medisch administratienummer per patiënt. Ten behoeve van het onderzoek naar ongewenste gevolgen van onverschillig welke ingreep en in het algemeen voor de gehele „follow-up” zou dit van onschatbaar belang zijn. Men zou dan met aantallen kunnen werken die een veelvoud zijn van de vaak kleine getallen die men in de literatuur pleegt aan te treffen.

LITERATUUR

¹ Levy RE, Feinleib M. Risk factors for coronary artery disease. In: Braunwald E, ed. Heart disease. Philadelphia: Saunders, 1980: 1246-78.

² Hoogendoorn D. De kans voor vrouwen van uiteenlopende leeftijd om te eniger tijd te overlijden aan kanker van uterus of ovarium. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1316-9.

Wijhe (Ov.), oktober 1984

D. HOOGENDOORN

Als 5e-jaars-student medicijnen wil ik reageren op het artikel van Hoogendoorn.¹ In deze publikatie worden de 27.755 in 1982 uitgevoerde hysterectomieën beoordeeld. Mijn reactie betreft de laatste vraagstelling of het enorme aantal hysterectomieën van invloed is op het aantal sterfgevallen aan cervix- en corpus uteri-carcinoom.

Hoogendoorn gaat uit van alle in 1982 uitgevoerde hysterectomieën verminderd met het aantal hysterectomieën uitgevoerd wegens cervix- en corpus uteri-carcinoom inclusief carcinoma in situ. Aldus resteren 25.431 vrouwen. Via de bekend zijnde kans voor vrouwen van verschillende leeftijd om in de toekomst aan cervix- of corpus uteri-carcinoom te overlijden, komt men tot de conclusie dat de

25.431 in 1982 uitgevoerde hysterectomieën omstreeks 285 toekomstige sterfgevallen als gevolg van cervix- of corpus uteri-carcinoom hebben voorkomen. Een onverwacht hoog aantal gezien de 596 werkelijke sterfgevallen aan cervix- en corpus uteri-carcinoom in 1982. Het lijkt dan ook niet gewaagd te veronderstellen dat de duidelijke daling van sterfte als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom de laatste jaren voor een groot deel mag worden toegeschreven aan de hysterectomieën die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden.

Mijns inziens is dit een ongeoorloofde conclusie, daar niet bekend is hoe deze 285 sterfgevallen over de komende jaren verdeeld zijn. Zou het bijvoorbeeld 15 jaren duren voordat al deze 285 sterfgevallen zich hebben voltrokken, dan liggen de verhoudingen ineens heel anders. Tegenover de 596 sterfgevallen in 1982 als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom staan dan niet 285 voorkomen sterfgevallen, maar een duidelijk kleiner aantal. Wellicht zo klein dat het enorme aantal uitgevoerde hysterectomieën een te verwaarlozen invloed heeft op de daling van sterfte als gevolg van cervix- en corpus uteri-carcinoom.

LITERATUUR

¹ Hoogendoorn D. De kans op hysterectomie en schatting van het aantal sterfgevallen aan kanker dat door de hysterectomieën in de huidige frequentie wordt voorkomen. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1937-40.

Groningen, oktober 1984

E-H. EDDES

Eddes citeert mij onjuist. Mijn mededeling: „Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen, dat dit gunstige beeld (nl. de dalende sterfte aan uteruskanker) *althans ten dele* mag worden toegeschreven aan de hysterectomieën die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden” wijzigt hij in: „voor een groot deel mag worden toegeschreven . . .” Het verschil tussen beide uitdrukkingen is niet gering.

Vermoedelijk heeft de schrijver de gedachtengang niet geheel begrepen. Daarom ter verduidelijking het volgende. Hysterectomieën die in 1982 zijn verricht, leiden tot een vermindering van de sterfte aan baarmoederkanker in de toekomst. Dit nuttig rendement wordt niet in een enkel jaar bereikt, maar zal zich, naar moet worden aangenomen, over een niet gering aantal jaren uitstrekken. Hetzelfde mag echter worden verwacht van de hysterectomieën die in 1981, 1983, 1984 en 1985 zijn of zullen worden verricht. Eveneens moet worden aangenomen, dat „althans een deel” van de thans ervaren reductie van de sterfte aan baarmoederkanker niet het gevolg is van de hysterectomieën uit een enkel jaar uit het verleden, maar uit een reeks van jaren. Steeds zal men te maken hebben met een cumulatief effect, ontstaan door de ingrepen uit een vrij groot aantal voorafgegane jaren. In het artikel is een poging gedaan het effect te berekenen van de ingrepen die in een enkel jaar, namelijk 1982, zijn verricht.

Wijhe (Ov.), oktober 1984

D. HOOGENDOORN

De pijnlijke oftalmoplegie van Tolosa-Hunt

De benigne recurrenente vorm van de pijnlijke oftalmoplegie, het zogenoemde Tolosa-Huntsyndroom (THS), is onlangs in dit tijdschrift door Portegies en Vanneste onder de aandacht gebracht.¹ Dit artikel geeft aanleiding tot enkele kanttekeningen.